

ISSN: 0036-4703

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA
SANTA MARÍA DE LOS BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

SAPIENTIA

VOLUMEN LXXV

FASCÍCULO 246

A. D. 2019

Buenos Aires

La revista SAPIENTIA es editada semestralmente por la Facultad de Filosofía y Letras de la Pontificia Universidad Católica Argentina *Santa María de los Buenos Aires*. Asimismo, oficia como órgano de la *Sociedad Tomista Argentina*. SAPIENTIA (ISSN 0036-4703, Dirección Nacional del Derecho de Autor N° 381.238) es propiedad de la *Fundación Universidad Católica Argentina*.

Los autores de los artículos publicados en el presente número ceden sus derechos a la editorial, en forma no exclusiva, para que incorpore la versión digital de los mismos al Repositorio Institucional de la Universidad Católica Argentina, como así también a otras bases de datos que considere de relevancia académica.

Las suscripciones se llevan a cabo completando el formulario correspondiente y efectuando el pago según los modos que figuran en el sitio *web* de la revista:
<http://erevistas.uca.edu.ar/index.php/SAP>.

SAPIENTIA se encuentra indizada en:

CLASE (Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades); DIALNET; Fuente Académica Premier; HAPI (Hispanic American Periodicals Index); Latindex-Catálogo; Latindex-Directorio.

SAPIENTIA

Facultad de Filosofía y Letras, U.C.A.

Av. Alicia Moreau de Justo 1500, C1107AFD Buenos Aires - Argentina

(+54 11) 4349-0200, ext.: 1211

sapientia@uca.edu.ar - <https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/SAP>

SAPIENTIA

Fundada en 1946 por Octavio Nicolás Derisi

Oscar Horacio Beltrán

Director

COMITÉ CIENTÍFICO

Mauricio Beuchot Puente

(Universidad Autónoma de México, México)

Mauricio Echeverría Gálvez

(Universidad Santo Tomás, Chile)

Yves Floucat

(Centre Jacques Maritain, Toulouse)

Francisco Leocata

(Pontificia Universidad Católica Argentina)

Jorge Martínez Barrera

(Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile)

Carlos Ignacio Massini Correas

(Universidad Austral, Universidad de Mendoza)

Héctor J. Padrón

(Universidad Nacional de Cuyo y Universidad Católica de Santa Fe, Argentina)

Vittorio Possenti

(Università degli Studi di Venezia)

Juan José Sanguinetti

(Pontificia Università della Santa Croce)

por la Sociedad Tomista Argentina

† María C. Donadio Maggi de Gandolfi

(Universidad Católica Argentina, Buenos Aires)

COMITÉ EDITORIAL

Mariano Asla *(Universidad Austral)*

Diego José Bacigalupe *(Seminario Arquidiocesano de La Plata)*

María Fernanda Balmaseda Cinquina *(UCA)*

Christián Carlos Carman *(Universidad de Quilmes)*

Claudio Conforti *(UNSTA)*

Agustín Echavarría *(Universidad de Navarra)*

Juan Francisco Franck *(Austral, UNSTA)*

Juan Andrés Leverman *(UCA)*

María Liliana Lukac de Stier *(UCA-Sociedad Tomista Argentina)*

Marisa Mosto *(UCA)*

Carlos Taubenschlag *(UCA)*

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Pablo Alejo Carrasco

Artículos

TANIA SCIAGURA

*Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, GANDRA
Portugal
tania.sciagura@gmail.com*

RAMIRO DÉLIO BORGES DE MENESES

*Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, GANDRA
Portugal
borges272@gmail.com*

***Primum non nocere* : riflessione morale sulla relazione tra medicina ed etica**

Recibido: 19/6/2019 - Aceptado: 27/7/2019

Abstract: Molte questioni di bioetica si sollevano nella realtà clinica quotidiana ed hanno pertanto un profilo fortemente pratico: come si possono accostare e fondere tra loro MORALE, ETICA e MEDICINA? Da dove nasce il filo conduttore di questo triangolo? A partire da un'introduzione dell'ambito medico e sull'apporto dell'etica clinica, procederò ad analizzare finalità, funzioni e praticità mettendo in evidenza quanto questo movimento di triage è antico, determinato anche da dinamiche sensibilmente sociali rispetto alle scelte e decisioni morali sulla salute e sulla malattia a livello individuale, interpersonale e sociale. I principi ed i valori si espandono a macchia d'olio nelle singole realtà e nelle diverse situazioni pratiche col fine comune di promuovere la salute ed orientare l'attenzione a chi potrà ricevere le cure mediante opportune modalità comunicative e informative.

Parole chiave: Etica – bioetica – medicina – cura – morale – giuramento di Ippocrate – relazione medico-paziente – morale dell'azione.

Primum non nocere: moral reflection on the relationship between medicine and ethics.

Abstract: Many bioethical questions arise in everyday clinical reality and therefore have a strongly practical profile: how can MORALS, ETHICS and MEDICINE be combined and merged? Where does the theme of this triangle come from? Starting from an introduction to the medical field and

on the contribution of clinical ethics, I will proceed to analyze purposes, functions and practicality, highlighting how ancient this triage movement is, also determined by significantly social dynamics with respect to moral choices and decisions. On health and illness on an individual, interpersonal and social level. The principles and values are spreading like wildfire in the single realities and in the different practical situations with the common aim of promoting health and directing attention to those who will be able to receive care through appropriate communication and information methods

Keywords: Ethics – Bioethics – Medical – Medicine – Lifecare – Moral - Hippocratic Oath - Patient-Doctor Relationship – Moral Action

1. Introduzione

Primum non nocere solitamente è un brocardo applicabile quotidianamente in ogni circostanza di vita.

E' uno di quei principi che si pratica benissimo per primo nella Facoltà di Medicina, già perché la salute è un patrimonio del singolo e della collettività, pertanto merita una tutela che diventi sempre più finalizzata al benessere dei cittadini. La professionalità del personale, l'empatia, il continuo ammodernamento tecnico-scientifico, sono gli obiettivi cardine della politica sanitaria ad oggi. Sin dalle sue origini, il rapporto tra medico e paziente, così come si è andato configurando nel mondo occidentale con la tradizione ippocratica, si è attenuto ad un ordine preciso: il dovere del medico è fare il bene del paziente, e il dovere del malato è di accettarlo. Un rapporto di tipo paternalistico, in cui la responsabilità morale del medico sta nella certezza che egli operi per il bene assoluto del malato. Il medico greco, infatti, era considerato come un mediatore tra déi e uomini e, in virtù delle sue conoscenze, era considerato un essere dotato di privilegio, autorità morale e impunità giuridica. Questo modello di medicina corrispondeva ad una visione paternalistica della vita e della società, in cui gli ideali erano ordine, tradizione e obbedienza alle leggi universali.

Con l'introduzione del concetto di "cura medica", (Taking care of), dovuta alla rivoluzione antropologica cristiana nata dalla Parabola del Buon Samaritano, di Gesù Cristo, all'origine dei primi

Xenodochi, sulle vie dei pellegrinaggi e degli *Hospitalia*, embrioni degli Ospedali Moderni e d'istituzioni come la Croce Rossa e la Mezzaluna Rossa, il concetto di Terapia medica, di origine greca, si completa ma cambia. L'obiettivo primario è la cura che si serve di strumenti terapeutici, ma la guarigione del paziente non ne è più il significato. Il significato è la cura della persona sofferente, fino alla morte naturale. Di qui sarebbe nato il ruolo "infermieristico" (la cura dell'infermo) che all'origine non si differenziava dal ruolo medico. L'introduzione del concetto cristiano di cura della persona sofferente in quanto immagine della sofferenza di Cristo sulla croce, ha avuto un ruolo determinante per lo sviluppo della clinica in luoghi dedicati a questo, quando il paziente era infermo e non autosufficiente. Infatti i nuovi medici, preoccupati di assistere e di guarire erano presenti in tutto il processo della malattia e conseguentemente all'evoluzione del quadro clinico fino alla guarigione o alla morte. Giuseppe R. Brera, ha dato all'evoluzione clinica un'interpretazione psicoanalitica legata al processo fantasmatico dell'elaborazione del lutto per il paziente deceduto, in relazione alla nascita di un legame affettivo tra medico e paziente, simile a quello con gli oggetti d'amore primario e che alla morte del paziente genera sensi di colpa inconsci che chiedono una riparazione, motivante la nascita di un processo di simbolizzazione cognitiva, che stacca la malattia dal malato e dalla relazione affettiva con il paziente, creando l'oggetto di conoscenza "malattia" che così può essere studiata libera dal rapporto affettivo e dai sensi di colpa inconsci per il lutto del paziente.

Questo processo inconscio è stato probabilmente alla base della separazione del ruolo medico dal ruolo infermieristico ed è stato all'origine di un corpo di conoscenze teoriche sui processi patogeni, che nella cultura medica europea ha preso il nome di "Patologia medica", staccata da "Clinica medica" e che con l'avvento del positivismo, con Augusto Comte, ha portato alla teoria sperimentale della patogenesi per opera di Claude Bernard, che ha portato a un grande sviluppo della clinica e del rapporto medico-paziente, che rischiano di essere assorbiti da queste, con la scomparsa della figura

del medico-clinico. Tuttavia con il cambiamento di paradigma della medicina grazie alla valorizzazione fatta della persona e della sue soggettività fatta dalle scienze medicale, alla fine del novecento, che portò alla nascita della teoria della Medicina centrata sulla persona nel 1999, assistiamo oggi alla rinascita del primato della clinica, cioè della persona del medico, sulla biotecnologia.

A partire dal XVI secolo, si assiste a un'emancipazione della persona: le rivoluzioni politico- religiose e pensatori come Locke e Kant, trasformano questa sudditanza in rispetto reciproco in cui ogni persona è un individuo autonomo e indipendente, in grado di servirsi della propria ragione. Tuttavia bisognerà aspettare il XX secolo per veder riconosciuta anche all'individuo malato la propria libertà e autonomia di scelta¹.

2. Evoluzione della medicina

Una questione cruciale per ogni riflessione in ambito etico consiste nello stabilire quali siano i criteri o i principi fondamentali ai quali appellarsi quando si deve dare una valutazione morale. Secondo Engelhardt gli uomini appartengono a delle comunità morali che sono così estranee tra loro da rendere impossibile qualsiasi ricerca razionale di principi etici universali. L'unica via percorribile in tale prospettiva resta allora la ricerca di un consenso puramente convenzionale che risolva i conflitti nelle questioni di particolare rilevanza pubblica.

La riflessione etica è nata insieme all'*antropologia*, cioè a quell'ambito della riflessione filosofica che vuole rispondere alla domanda «chi è l'uomo?». Il primo filosofo a cogliere la connessione tra etica e antropologia fu Socrate, nell'Atene del v secolo a.C.

¹ SMITH, C. M., "Origin and Uses of *Primum Non Nocere*: Above All, Do No Harm", in: *The Journal of Clinical Pharmacology*, 45, (New York, 2005) pp.371–77.

All'epoca troneggiava sul tempio di Delfi la scritta: «Conosci te stesso». Essa era stata incisa come monito a chi entrava nel tempio, affinché si rendesse conto della sua pochezza di fronte alla divinità. Socrate interpretò in senso filosofico tale invito, affermando che l'uomo deve conoscere chi è, per poi prendersi cura di sé. Ciò vale già per il corpo umano: senza conoscerlo non è possibile curarne le malattie. Socrate, però, si poneva la questione sull'uomo in un senso più globale di quanto fa la medicina, infatti, la cura che proponeva non aveva come oggetto solo la dimensione fisica o psicofisica: aspirava a rendere ciascuno buono e felice.

La Mesopotamia (3600-2000 a.C.) può essere considerata la culla dell'anatomia. Questa disciplina si sviluppò a partire dall'Aruspicina, l'arte di prevedere il futuro dall'esame dei visceri degli animali sacrificati agli dei.

Primeggiava una concezione soprannaturale della malattia: si tratta di un castigo divino imposto da diversi demoni dopo la rottura un tabù. In quest'ottica la prima cosa che doveva fare il medico era stabilire quale, tra circa 6000 demoni, era quello che causava il problema. La malattia era chiamata shêrtu, che in assiro significa anche peccato, impurità morale, ira divina e castigo. Qualsiasi divinità poteva provocare le infermità mediante intervento diretto, l'abbandono dell'uomo alla sua sorte, o attraverso incantesimi eseguiti da stregoni.

Anche i trattamenti non sfuggivano a questo padronato culturale: esorcismi, preghiere ed offerte sono rituali frequenti che cercano di ingraziare il paziente con la divinità o liberarlo dal demonio che è in agguato.

Il Codice di Hammurabi regolava già l'attività chirurgica con una legislazione specifica che fissa il compenso medico così come il risarcimento della vittima di malpractice e la punizione².

² MAGNER, L.N., *A History of Medicine*, Second edition, Informa healthcare,

La medicina indiana del VI secolo A.C. prevedeva uno studio medico della durata di anni e comportava esercizi chirurgici. Introdusse un codice etico per insegnanti e studenti, in quanto scienza nobile poiché in grado di allungare la durata della esistenza umana sulla terra e aiutando gli uomini ad adempire con successo alla propria missione e a guadagnarsi un decoroso tenore di vita.

Nella sua fase embrionale, la medicina occidentale era una medicina teurgica, in cui la malattia era considerata un castigo divino, concetto che si trova in moltissime opere greche, come l'Iliade, e che ancora oggi è connaturato nell'uomo.

Fu Ippocrate di Cos (460-377 A.C.) ad introdurre il concetto innovativo che la malattia e la salute di una persona dipendessero da specifiche circostanze umane della persona stessa e non da superiori interventi divini.

Per la prima volta si comprende la necessità di conservare le energie dell'individuo, ricercare le cause della malattia senza perdere di vista lo scopo: guarire il malato. Quindi la medicina ippocratica è scienza, arte, esperienza e ragionamento senza preconcetti né superstizioni

Egli fu il primo medico a definire i principi etici della ricerca su esseri umani, i quali sono validi ancora oggi.

- Autonomia: rispettare l'autonomia dei partecipanti o dei loro rappresentanti
- Beneficienza: agire sempre nel miglior interesse dei partecipanti
- Non-maleficenza: fare il minor numero di danni possibile al partecipante
- Giustizia: agire in modo equo nei confronti di tutti³.

New York, 2011, pp. 25 - 52.

³ BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F., *Principios de Ética Biomédica*,

Galeno di Pergamo è stato un medico greco antico, i cui punti di vista hanno dominato la medicina occidentale per tredici secoli, fino al Rinascimento.

Il grande problema della medicina consisteva appunto nella perdita di un orizzonte unitario, causata dalla divisione in scuole rivali, (come quelle filosofiche) al contrario delle scienze matematiche che apparivano molto più unite.

unificare la medicina significava ridare orientamento unitario alla professione, cioè omogeneità⁴.

Il Medioevo, da molti considerato il periodo 'buio' della storia, presenta invece un fiorire di medici che si dedicano con passione alla scienza. In questa era non esisteva ancora alcuna tradizione scientifica e le osservazioni andavano mano a mano con influenze spirituali. Le idee circa le origini di cure e malattie non erano comunque puramente secolari, ma basate su una visione della vita in cui il destino, il peccato, e le influenze astrali giocavano un grande ruolo. L'efficacia di una cura era più correlata alle credenze del paziente e del medico, piuttosto ad una evidenza empirica, cosicché i *remedia physicalia* (rimedi fisici) erano spesso subordinati ad interventi spirituali.

Fu l'arabo Avicenna ad occupare certamente un posto di spicco.

L'opera che lo ha reso celebre in Europa è Il canone della medicina, che diverrà il manuale medico più seguito fino al 1700.

Nel suo lavoro ha combinato i diversi filoni del pensiero filosofico / scientifico nella tarda antichità greca e nell'islam primitivo in un sistema scientifico razionalmente rigoroso che comprendeva e spiegava tutta la realtà, compresi i principi della religione rivelata e la sua teologia e elaborazioni mistiche.

Masson, Barcelona, 1999, pp. 179 - 378.

⁴ BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F., *Principios de Ética Biomédica*, p.113-178

Il suo lavoro non si fermò alla descrizione dei sintomi, ma comprese anche la classificazione delle malattie e delle possibili cause, oltre alla sperimentazione di nuovi medicinali e rimedi⁵.

Il secolo XIX rivoluziona la medicina: compare la asepsi, la medicina preventiva e la diagnostica per immagini, le quali permettono alla scienza medica un salto qualitativo nei risultati: essa contiene infatti ancora molti elementi di arte (*ars medica*), specialmente nel campo della chirurgia, tuttavia inizia ad intravedersi, grazie al continuo accumulo di conoscenze e tecniche, un modo di esercitarla più scientifico e pertanto più indipendente dall'abilità o dall'esperienza di chi la pratica.

Il secolo XX è il secolo della medicina basata sull'evidenza: i protocolli standardizzati, avallati da studi scientifici, vanno sostituendo le opinioni e le esperienze personali di ciascun medico e concedono di ottenere al corpo della conoscenza medica validità in un mondo più interconnesso.

L'evidenza della complessità degli esseri umani porta però alla conclusione che non esiste infermità senza persona malata. In questo contesto si sviluppano i modelli di salute ed infermità.

Nel 1978 si celebra la Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria, dove si pone come manifesto quella dichiarazione di principi, così come l'importanza cruciale delle misure sociali (adeguata distribuzione di acqua potabile ed alimenti, vaccinazioni), e della attenzione primaria alla salute per il miglioramento del livello sanitario delle popolazioni. Il motto di questa conferenza fu: "Sanità per tutti entro il 2000"⁶.

⁵ PARENTE DA COSTA, M.S.; BORGES DE MEMESES, R.D., "A Idde de Ouro da Medicina Islâmica: evolução e declínio", in: *PROSOPON*, 24, (Varsóvia, 2018), pp.30-34

⁶ALMA-ATA 1978, *Atención Primaria de Salud*. OMS, Ginebra, 1978, pp.1-8

La Diagnostica Strumentale, iniziata come potenziamento dei nostri sensi, progredita con la sostituzione pressoché completa dei sensi, introducendo lo studio biochimico dell'uomo, giungendo fino alla codifica del genoma umano, all'apertura di nuovi dibattiti etici. La diagnostica strumentale rischia di portare alla perdita del contatto medico-paziente.

Lo sviluppo tecnologico dal secondo dopoguerra ha limitato progressivamente il contatto fisico diretto medico-paziente ed ha suddiviso il rapporto umano tra una pluralità di specialisti, rischiando di annullare il rapporto medico-paziente.

Il medico deve compiere uno sforzo intellettuale per conoscere e valutare nel modo più preciso la verità da comunicare ed i possibili livelli secondo cui ciò può avvenire; deve attentamente valutare le condizioni fisiche e psicologiche del paziente e le possibili conseguenze sul soggetto.

Tutto ciò presuppone l'instaurazione di un forte e stabile rapporto medico-paziente fondato sulla fiducia reciproca.

L'empatia designa un atteggiamento verso gli altri caratterizzato da uno sforzo di comprensione intellettuale dell'altro, escludendo ogni attitudine affettiva personale (simpatia, antipatia) e ogni giudizio morale.

In medicina l'empatia è considerata un elemento fondamentale della relazione medico-paziente e viene talvolta contrapposta alla simpatia: quest'ultima sarebbe un autentico sentimento doloroso, di sofferenza insieme (da *syn-* "insieme" e *pathos* "sofferenza o sentimento") al paziente e sarebbe quindi un ostacolo ad un giudizio clinico efficace.

Al contrario l'empatia permetterebbe al curante di comprendere i sentimenti e le sofferenze del paziente, incorporandoli nella costruzione del rapporto di cura ma senza esserne sopraffatto.

Nel corso degli ultimi sessant'anni, si è avuta una rapida comparsa di diversi codici, regolamenti e leggi per governare la ricerca etica in

esseri umani. Mentre la sperimentazione medica diventava di pubblico dominio, decisioni precedentemente lasciate alla coscienza del singolo medico sono finite sotto controllo collettivo.

Tra il ricercatore e il soggetto della ricerca si è cominciato a osservare un nuovo equilibrio di potere e un aumento dell'autonomia.

Esistono diversi tipi di relazioni medico-paziente, ma i più importanti sono:

- modello contrattualistico di Hugo Engelhardt, secondo il quale il principio di autonomia è più importante del principio di beneficenza, un modello di tipo impersonale con orientamento deontologico;
- modello utilitaristico, secondo cui “una norma è buona quando produce il miglior bene”;
- modello paternalistico di di Pellegrino e Thomasma, secondo i quali il miglior modello è quello centrato sull'alleanza terapeutica: il medico non deve solo far del bene fisico al paziente , ma anche quello psicologico, sociale e spirituale, oltre al fatto di valorizzare l'autonomia e riscoprire il reciproco senso di fiducia tra medico e paziente⁷;
- modello di Veatch, secondo il quale deve esserci un rapporto contrattualistico tra medico e paziente che però non ignora cinque punti fondamentali: autonomia, giustizia, rispetto delle promesse e delle verità, divieto di uccidere⁸.

⁷ PELLEGRINO, E.; THOMASMA, D., *For the Patient's Good*, Oxford University Press, New York ,1993, pp. 56-89

⁸ VEATCH, R.M., *A Theory of Medical Ethics*, Basic Books, New York,1988, pp. 45- 76

-
- modello maieutico centrato sulla persona di Brera, che secondo il nuovo concetto di salute: “La scelta delle migliori possibilità per essere la migliore persona umana”, affida al medico un ruolo maieutico della persona del paziente, da realizzarsi con l’applicazione del Metodo clinico centrato sulla persona. Il modello nasce dal cambiamento epistemologico della Medicina e della scienza medica operato dalla Medicina centrata sulla persona, che vede nella malattia, attraverso il rapporto medico-paziente, non un limite ma una possibilità esistenziale per essere una persona umana, non chiudendo il paziente nella malattia e nelle procedure diagnostiche e terapeutiche, staccando dalla qualità della sua vita, ma aprendolo, con il cambiamento del metodo clinico, alla valorizzazione delle sue risorse uniche ed irripetibili, in relazione con le reazioni biologiche attraverso il network allostatico-neurobiologico-epigenetico-psico-neuro-endocrino-immunologico-affettivo-emozionale⁹.

La valutazione è un atto che presuppone qualcuno di intelligente e libero. Nella vita pratica realizziamo di continuo valutazioni di vario genere. Il ricercatore valuta quale sostanza ottiene meglio un determinato scopo, il medico quale terapia sia migliore per un certo paziente, ecc. La valutazione implica anche sempre un confrontare, tra più cose, o almeno tra una cosa e una pietra di paragone, un termine di confronto. La valutazione fa in-somma sempre riferimento a un criterio, e consiste nello stabilire quale soggetto o azione è migliore rispetto a questo criterio: si può dunque dire che valutare equivale a misurare.

Nel politico Platone distingue tra due tipi di misurazione, quella che potremmo chiamare quantitativa, che intende stabilire la

⁹ Brera G.R “The manifesto of Person-Centered Medicine”, in: *Mind Adolescence*, 14-3, (London, 1999), pp.:3 - 7

grandezza di qualcosa, per esempio il rapporto a un'unità di misura, e quella qualitativa, che intende stabilire se qualcosa è ben fatto, e si realizza attraverso il confronto con un modello di riferimento perfetto, che per gli antichi era il giusto mezzo tra gli eccessi.

Ora per Platone il criterio di riferimento grazie al quale tutte le azioni umane possono essere misurate, valutate dal punto di vista qualitativo, è il bene, anzi, nella sua prospettiva si parla di un bene in sé, assoluto, perfetto, in base al quale tutte le cose buone, sono buone.

In realtà le azioni possono essere valutate da vari punti di vista. Quello più immediato è il punto di vista della loro efficacia, dunque del rapporto tra l'azione pianificata e voluta, e quella effettivamente realizzata, tra l'intenzione e il risultato, tra la causa e le sue conseguenze. Se devo decidere quale è il migliore metodo per preparare un esame, quello dell'efficacia sarà un criterio prioritario: devo individuare il metodo che mi fa ottenere la migliore preparazione in minor tempo. Lo stesso vale per la scelta della terapia migliore per curare un paziente. Un altro punto di vista per valutare un'azione è quello della sua correttezza, ossia di quanto l'azione ha rispettato determinati requisiti, regole, procedure. La valutazione delle azioni dal punto di vista legale, per esempio consiste nel giudicare se e come sono conformi a una legge umana. Analogamente, in ambito medico le azioni possono essere valutate in base alla loro conformità a protocolli operativi o alle linee guida previste dalla legge. La valutazione morale, invece, è stabilire se un'azione è moralmente giusta o ingiusta a anche se è moralmente buona o cattiva. Come vedremo si tratta di due tipi di valutazioni diverse, anche se strettamente connesse l'una all'altra. In ambito morale il fatto che l'azione sia stata realizzata con successo, oppure no, non ha la stessa rilevanza di quando devo valutare l'efficacia di un certo modo d'agire, perché in campo morale l'intenzione di colui che agisce è importante tanto quanto l'esito dell'azione. Se voglio compiere un atto vendicativo contro un professore che mi ha bocciato e scaglio una pietra contro il parabrezza della sua auto, la qualità morale dell'atto resta negativa anche se il parabrezza è antiproiettile

e non viene scalfito dal sasso. Se voglio compiere un atto di generosità e donare la mia collezione di fumetti a una biblioteca per bambini, l'atto resta buono, anche se nel trasporto le casse sono rubate dalla mia auto.

Alla luce di quanto scritto, si può affermare che per valutare dal punto di vista morale un'azione si deve partire dalla distinzione tra l'oggetto dell'azione (il *finis operis*) e la motivazione di colui che agisce (il *finis operantis*).

Solo le azioni che implicano un oggetto dotato di rilevanza morale possono essere sottoposte a valutazione morale. Ciò equivale a dire che l'azione coinvolge qualche dovere morale. Il dovere in generale, e dunque anche il dovere morale, scaturisce direttamente dall'esistenza di beni dotati di rilevanza morale. Nel suo contatto con i beni e i beni morali rilevanti, l'uomo sperimenta il dovere in tre forme differenti. Nella sua forma più debole, il dovere morale si presenta nella forma di *invito*: ciò significa che se la persona vi risponde in modo positivo, compie una buona azione, ma se non lo fa, l'omissione non ha un valore morale negativo.

Se per esempio un collega vi propone di dedicare un po' del vostro tempo libero a collaborare gratuitamente a una campagna di sensibilizzazione sull'igiene nelle scuole, accettare l'invito può essere meritorio, ma non avete alcun obbligo morale di farlo.

L'obbligazione in senso stretto, invece, si esprime con un "tu devi" (fare o omettere un'azione). L'obbligazione può assumere due forme: il divieto, che è il dovere di omettere (non compiere) un'azione, e l'obbligo, che è il dovere di compiere un'azione. Per esempio, dal codice di deontologia medica emerge che il medico ha il divieto di abusare del proprio ruolo e l'obbligo di prestare soccorso in caso di necessità. Il tipo di *dover essere* insito nel dovere morale è radicalmente diverso dalla necessità delle leggi della natura, sia perché richiede dei soggetti liberi, dunque capaci di dire sì o no a ciò

che accade loro, sia perché presuppone l'esistenza della sfera morale¹⁰.

Dunque il dovere morale riguarda l'oggetto dell'azione. Infatti, anche se colui che agisce è direttamente interpellato dal dovere, di per sé il dovere non è un prodotto dalle nostre preferenze individuali o motivazionali momentanee, ma scaturisce da ciò che l'azione è di per sé. Le fonti dalle quali scaturisce il dovere morale nelle azioni sono di due tipi: (a) i beni moralmente rilevanti e (b) la presenza di elementi formali che sono fonte di un dovere morale, come le promesse, gli ordini impartiti da una legittima autorità, le leggi positive giuste, i contratti, i diritti.

- a. La prima fonte di doveri morali: i beni moralmente rilevanti: non tutti i beni di cui facciamo esperienza hanno una rilevanza morale. Un bel vaso di ciclamini oppure un utile colapasta, pur avendo una loro rilevanza (il primo estetica, il secondo come bene utile), non hanno di per sé rilevanza morale.

La salute e la vita umana, invece hanno un rapporto, seppure indiretto, con la sfera morale perché possono entrare azioni che implicano una qualche forma di obbligazione morale. Esiste un dovere di prendersi cura della propria salute e un divieto di mettere in pericolo la vita altrui guidando senza avere la patente. Esistono poi dei beni che hanno rilevanza morale in modo più diretto, perché il possederli è già di per sé moralmente buono: pensiamo alla virtù della prudenza o della giustizia per esempio.

I beni (e i mali) moralmente rilevanti – e quelli come scopo della medicina ne sono un esempio, sono fonte di dovere morale, ossia rivolgono all'uomo un appello affinché egli,

¹⁰ KANT, I., *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, in: *KANTS WERKE*, Band IV, Akademie Textausgabe, Walter de Gruyter et Co., Berlin, 1968, p. 400

con le proprie azioni, risponda in modo adeguato alla loro importanza positiva o negativa. Questa risposta ha a sua volta un valore orale e rende le azioni in cui si concreta giuste o ingiuste. L'appello ha però una forza diversa e seconda delle azioni, e quindi può assumere la forma del semplice invito, oppure vincolare con un obbligo o un divieto. Mentre la rilevanza morale dipende dal bene in gioco, da ciò che esso è, dalla sua natura, quindi resta anche quando il bene è oggetto di un'azione di altro tipo, la presenza o assenza di un'obbligazione in senso stretto (un obbligo o un divieto), invece, dipende dal l'oggetto dell'azione, sia dalle sue conseguenze, sia dalle circostanze.

Di conseguenza non tutte le azioni che hanno come oggetto (o come conseguenza) la realizzazione o la distruzione di beni (o mali) moralmente rilevanti, implicano un obbligo o un divieto.

Nel caso delle conseguenze, per esempio, il dovere si dà solo quando esse sono previste o prevedibili da colui che le compie. Un medico che deve compiere un intervento chirurgico è tenuto a conoscere le gravi conseguenze che possono derivare dal non utilizzare strumenti sterili, dunque ha l'obbligo morale di sterilizzarli. Cinquecento anni fa, una situazione analoga non implicava lo stesso dovere per il medico, perché egli non aveva le conoscenze scientifiche sufficienti riguardo ai rischi di infezione.

Ci sono circostanze, per esempio i casi di emergenza, che possono variare la presenza di un obbligo morale. Se un tecnico di laboratorio sta analizzando dei batteri pericolosi per la salute umana, ha il dovere morale di seguire tutte le procedure di sicurezza necessarie per riportarle prima di smettere di lavorare. Se però scoppia un incendio in laboratorio e deve scappare per salvarsi la vita, l'obbligo morale è sospeso. In questo caso, mettere al sicuro le

sostanze prima di fuggire può essere meritorio, ma non è obbligatorio¹¹.

Per analizzare quando nelle azioni che influiscono sull'esistenza di beni moralmente rilevanti si dà un'obbligazione in senso stretto (un obbligo o un divieto), è importante osservare se l'azione ha come oggetto un bene o un male; poi, se si tratta di un male, se l'azione è volta a rimuoverlo oppure lo causa.

- b. La seconda fonte di doveri morali: l'obbligazione formale, non riguardano gli inviti, ma solo i divieti e gli obblighi e sono determinate da atti che hanno una forza normativa di qualche tipo. Per esempio, sono fonte di dovere le leggi legittime di uno stato, i contratti, gli ordini impartiti da una autorità legittima, e anche, per le categorie cui si applicano, i codici di deontologia professionale. Ciò significa che, anche laddove non riguardino beni moralmente rilevanti, sono fonte di dovere morale, in sé stessi.
- c. Il ruolo di mezzi, circostanze e conseguenze riguardo al dovere morale: sono molti a pensare, anche tra gli studiosi di etica, che "il fine giustifica i mezzi". In questa espressione generalmente i mezzi sono in realtà altre azioni (quindi si riferisce più alla distinzione tra fini in sé e fini relativi, che a quella tra fine e mezzi in senso stretto). In ogni caso, affermare che il fine giustifica i mezzi implica ritenere che i mezzi non influiscano sulla qualità morale di un'azione, e soprattutto non possono rendere ingiusta un'azione, se il fine è giusto. Ci si deve domandare se abbiano lo stesso valore morale, se siamo d'accordo che non sia così, possiamo concludere che i fini

¹¹ MOORE, G.E., *Principia Ethica*, traduzione do inglês, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1999, pp.243 – 285

e i mezzi concorrono insieme a definire la qualità morale di un'azione.

Anche le circostanze e le conseguenze dell'azione contribuiscono a determinare la presenza o meno di un dovere morale. Nei Miserabili di Victor Hugo si racconta la storia di un giudice che, per incastrare un falsario, fa scrivere alla moglie di costui delle false lettere come prova del suo adulterio, cosicché la donna, per vendicarsi del tradimento, smette di coprire il marito e lo fa condannare. In questo episodio emerge la questione se il fine giustifica i mezzi, ma c'è anche un esempio di circostanza che rende più grave un dovere morale. Il fatto che colui che rincorre all'inganno di professione faccia il giudice, rende più grave il dovere di essere moralmente onesti. Le circostanze e le conseguenze possono insomma determinare sia la presenza o meno di un dovere morale, sia aggravare o attenuare la forza del dovere morale stesso.

La presenza di un dovere morale e il modo in cui l'azione rispetta o viola il dovere, permette di stabilire se un'azione è *giusta*, *ingiusta* o *irrilevante* dal punto di vista morale¹².

Se l'azione non contiene alcun dovere morale, essa è irrilevante, dunque lecita, permessa. Scegliere tra due terapie alternative ugualmente efficaci, oppure consigliare un paziente nella scelta di una struttura sanitaria riabilitativa tra diverse possibilità che sappiamo valide, in genere sono azioni di questa categoria. Se, invece, un'azione o un'omissione implicano un dovere morale e questo dovere è rispettato, l'azione o l'omissione sono moralmente giuste. In particolare, l'azione è moralmente giusta se corrisponde a un obbligo o a un invito, mentre l'omissione è moralmente giusta se l'azione omessa viola un divieto. Se un collega si è ferito e mi chiede

¹² KANT, I., *Kritik der praktischen Vernunft*, Band V, Akademie Textausgabe, Walter de Gruyter et Co., Berlin, 1968, pp. 19 – 110

aiuto, acconsentire alla sua richiesta è giusto (obbligo), così come lo è rifiutarsi di licenziare qualcuno senza giusta causa (divieto), o partecipare a una raccolta di denaro per aiutare i figli di un amico rimasti orfani del padre. Se, infine, un'azione (o un'omissione) implicano un'obbligazione in senso stretto (un obbligo o un divieto), e questa obbligazione non è rispettata, l'azione o l'omissione sono moralmente ingiuste. In particolare un'azione è moralmente ingiusta se è contraria a un divieto, mentre un'omissione è moralmente ingiusta se l'azione omessa era soggetta a un obbligo. Esempio di azione ingiusta è l'omicidio, mentre esempi di omissione ingiusta sono l'omissione di soccorso in caso di incidente o tacere su un errore medico per evitare le conseguenze¹³.

Che un'azione si o meno moralmente giusta, dunque è un fatto oggettivo, nel senso preciso che non dipende dalla consapevolezza di colui che agisce quando all'obbligo o al divieto implicati. Stabilire che cosa rende un'azione buona o una cattiva, invece, dipende da diversi elementi oltre al rispetto del dovere morale, tra i quali vanno annoverati la motivazione e la consapevolezza di colui che agisce quanto al dovere morale.

Per arrivare alla valutazione morale di un'azione, è necessario considerare anche l'intenzione del suo autore.

L'intenzione è la volontà che “mette in moto” l'azione, e comprende la motivazione, ma anche tutti gli elementi oggettivi dell'azione che colui che agisce di fatto vuole nel momento in cui agisce, e quindi il fine dell'azione, i mezzi scelti per raggiungere il fine, e quelle conseguenze e circostanze previste o prevedibili che sono rilevanti nell'azione. In quanto segue si cercherà di chiarire che cosa si intende per buona intenzione o con cattiva intenzione, e dunque in che modo l'intenzione concorre e rendere buona o cattiva l'azione. La motivazione: il fatto che qualcuno agisca con

¹³ DE FINANCE, J., *Ethica Generalis*, Editio tertia, Pontificia Universitas Gregoriana, Romae, 1966, pp. 220 - 222

un'intenzione buona o cattiva dipende in primo luogo dalla motivazione che lo muove. Nel descrivere la struttura dell'azione si è distinto tra motivazioni che mirano a ottenere un beneficio personale (un piacere o un bene per sé) e motivazioni che riguardano altro di sé (ottenere un bene per qualcun altro, agire perché è giusto o doveroso, agire per realizzare un valore in sé).

In che modo le motivazioni agiscono sulla qualità morale dell'azione?

- le azioni compiute in base a una motivazione “alterocentrica” possano essere moralmente buone, oppure moralmente neutrali, oppure moralmente cattive;
- le azioni compiute con un a motivazione “egocentrica”, invece possono essere o moralmente neutrali, oppure moralmente cattive. Esempio: se un ricercatore realizza un esperimento per concludere una ricerca e la sua unica motivazione è ottenere il premio Nobel, questa azione, in sé lecita (non soggetta a dovere morale) è moralmente neutrale, perché la sua unica motivazione è ottenere un bene per sé stesso. Se invece egli realizza lo stesso esperimento per aiutare un collega che senza il suo aiuto non può concludere la ricerca, e sua motivazione è dare all'altro la possibilità di ottenere il premio Nobel, l'azione è moralmente buona. Ciò che la rende buona è il fatto che chi agisce ha una motivazione alterocentrica, e precisamente il desiderio di arrecare un bene a qualcun altro.

Perché c'è questa differenza tra le motivazioni nel determinare il valore morale delle azioni? Perché il riferimento a qualcosa al di là di se stessi è necessario perché un'azione sia moralmente buona? Ciò non significa, è opportuna ripeterlo, che le azioni volte a ottenere esclusivamente un beneficio personale siano moralmente cattive. Possono essere anche moralmente neutrali. Ma affinché un'azione possa essere buona, è necessaria la presenza di almeno una

motivazione alterocentrica, perché tale tipo di motivazione, manifesta che colui che agisce ha compreso la rilevanza morale “oggettiva” dei beni coinvolti nella sua azione e ha deciso di rispondere a tale rilevanza. In altre parole, perché un’azione sia buona, è necessario che colui che agisce compia il bene perché è bene, motivato dal bene.

3. La consapevolezza del dovere morale

La motivazione, dunque, è importante per determinare la qualità morale dell’azione. Ma da sola non è ancora sufficiente per stabilire se un’azione è buona, cattiva o moralmente neutrale: infatti, un’azione può avere una motivazione alterocentrica, eppure non essere moralmente buona. Infatti, l’azione è buona solo se non viola un dovere morale. Tutte le azioni ingiuste restano tali, anche se la motivazione di colui che agisce è alterocentrica. Perciò, la bontà o meno dell’intenzione con cui un’azione è compiuta, dipendono anche da altri elementi, oltre alla motivazione, e cioè: dalla consapevolezza che chi agisce ha riguardo al dovere morale eventualmente presente nell’azione e dal rapporto tra i diversi fini dell’azione. Il fatto che colui che agisce sia consapevole del dovere morale insito nell’azione è condizione necessaria perché la sua azione sia buona o cattiva. Nel caso delle azioni che violano un dovere morale, questa è una condizione necessaria e sufficiente. Se, infatti, chi agisce è consapevole di trasgredire un divieto o un obbligo l’azione, oltre che ingiusta, è anche moralmente cattiva.

Un esempio proposto da Elisabeth Anscombe può essere applicato qui, anche se lo proponiamo in una versione semplificata. Immaginiamo un uomo che pompa acqua da un serbatoio per inviarlo verso una casa e che qualcuno abbia avvelenato l’acqua del serbatoio. L’uomo che pompa acqua sta inconsapevolmente intossicando gli abitanti della casa. Però, finché non è a conoscenza del sabotaggio, la sua azione è ingiusta, ma non moralmente cattiva, egli non è colpevole di avvelenamento. Sua intenzione è solo rifornire di acqua la casa. Supponiamo però che qualcuno vada da quell’uomo e gli dica

che l'acqua è avvelenata. A questo punto la qualifica morale dell'azione dell'uomo che pompa acqua cambia: se continua a pompare l'acqua e non avvisa gli abitanti della casa del pericolo la sua azione diventa anche moralmente cattiva. Nel caso delle azioni che rispettano un dovere morale, invece, la consapevolezza del dovere è condizione, invece, necessaria ma non sufficiente, perché l'azione sia buona. Come detto nelle pagine precedenti, per essere moralmente buona, l'azione deve essere mossa da almeno una motivazione alterocentrica, altrimenti è al massimo neutrale dal punto di vista morale¹⁴.

Che un'azione sia giusta o ingiusta, è dunque un fatto oggettivo, che non dipende dalla consapevolezza di colui che agisce quanto all'obbligo o al divieto contenuti nell'azione; invece, che un'azione sia buona o cattiva dipende dal fatto che colui che agisce sia consapevole di rispettare o trasgredire un dovere morale. Sulla consapevolezza del dovere morale, però, è necessario considerare ancora due questioni: il caso in cui colui che agisce è convinto che la sua azione implica un dovere, ma si sbaglia, e la questione dell'ignoranza colpevole o incolpevole del dovere morale.

I casi in cui la convinzione dell'obbligo, divieto o invito è infondata. Può accadere che colui che agisce sia convinto dell'esistenza di un obbligo, divieto o invito, ma questa convinzione sia infondata. Questo caso genera azioni in cui c'è discrepanza tra l'essere giusta, lecita o ingiusta, da una parte, e l'essere buona o cattiva dall'altra. Per esempio, un medico, pensando di assolvere un suo preciso dovere, fa ricoverare un paziente con problemi psichiatrici, perché la famiglia ha dichiarato che ha avuto comportamenti violenti, ma in seguito scopre che i parenti avevano mentito per togliersi il peso di dover accudire il loro congiunto. L'azione del medico sarebbe un'azione giusta e buona, ma il dovere

¹⁴ ANSCOMBE, G., *Intention*, Harvard University Press. Cambridge, Mass., 1957, pp. 27-76

che la motiva, in realtà è assente. Oppure, un ricercatore applica le procedure di sicurezza prescritte per isolare del materiale radioattivo, ma in realtà ciò che ha tra le mani non è pericoloso. Anche questa sarebbe un'azione giusta e buona, ma il dovere o l'invito che l'ha motivata, in realtà è assente. Queste azioni non sono giuste in senso stretto, eppure sono moralmente buone. È possibile allora che si diano azioni moralmente buone che non rispondono realmente a un obbligo o a un invito, anche se colui che agisce è convinto di dare una risposta in tal senso. Si può perciò precisare la definizione data, dicendo che un'azione è moralmente buona se e solo se colui che agisce è sinceramente convinto – a ragione o a torto – di rispondere a un obbligo o a un invito, e se è almeno in parte alterocentrica.

È evidente che l'errore di valutazione non è drammatico quando l'azione non causa un male. Diventa invece problematico quando le azioni compiute con la sincera convinzione di rispondere a un dovere, sono ingiuste e causano mali gravi. Per esempio, in un villaggio asiatico un dodicenne viene addestrato a farsi esplodere per uccidere molti civili di un'altra etnia, e viene convinto che fare ciò è un suo dovere morale e religioso. Questa azione è ingiusta, perché implica uccidere persone innocenti, si oppone al bene fondamentale della vita umana, e precisamente infrange il dovere di rispettarla e il divieto dell'omicidio. Se il ragazzino nel farsi esplodere è sinceramente convinto di assolvere un preciso dovere morale, l'azione è ingiusta, ma colui che la compie non ne è colpevole. Situazioni di questo tipo si possono esprimere con l'espressione latina che definisce l'agente come «*innocens, sed nocens*», la persona nuoce, anche se di quel male è innocente. Si deve aggiungere, però, che il giovane kamikaze non è colpevole se e solo se non è colpevole neppure della sua percezione distorta del dovere morale. Per comprendere questo punto, è necessario analizzare la questione dell'ignoranza dei doveri morali. La questione dell'ignoranza colpevole o non colpevole. Vediamo due altri esempi. Una bambina di due anni sottrae il gioco al coetaneo perché non sa che prendere oggetti altrui senza chiederli in prestito è moralmente illecito. Un uomo anziano che ha solo la licenza elementare non

rispetta un contratto stipulato per ottenere un prestito, perché la complessità del testo da lui firmato gli impedisce di comprendere che una certa azione viola qualche articolo del contratto stesso. Questi esempi rappresentano casi di azioni in sé ingiuste, ma non cattive, perché coloro che agiscono ignorano il dovere in esse implicato. Si deve allora fare un'aggiunta al principio sopra enunciato del requisito della consapevolezza.

E l'aggiunta è: «se colui che agisce non è consapevole del dovere, ciò non deve essere per colpa sua». È questa la situazione di ignoranza non colpevole. L'ignoranza non colpevole è ben diversa dal «negare» di fronte ad altri un obbligo o un dovere di cui in realtà si è consapevoli. Se difendo in pubblico l'idea che l'evasione fiscale non è moralmente condannabile, in genere questo non è dovuto a una vera ignoranza di quell'obbligo, ma alla volontà di negarlo per le conseguenze spiacevoli che, se lo osservo, saranno prodotte sulle mie disponibilità finanziarie. L'ignoranza non colpevole è anche diversa dall'«ingannare se stessi» che a volte mettiamo in atto pur di non riconoscere di agire in modo ingiusto. Per esempio, quando condanniamo il razzismo, e nello stesso tempo cerchiamo di difendere il nostro modo di trattare dall'altro in basso i pazienti extracomunitari che ci capita di curare, come comportamento del tutto giustificato. È inoltre possibile essere «implicitamente consapevoli» di un obbligo o di un dovere. Per esempio, può capitare di non avere le capacità linguistiche o concettuali per esprimere un certo dovere morale in modo adeguato, forse anche solo perché non vi abbiamo riflettuto a sufficienza, ma quando lo sentiamo pronunciare da qualcun altro ci rendiamo conto che non stiamo scoprendo qualcosa di nuovo: già eravamo a conoscenza di quel dovere morale. Tutti questi non sono casi di ignoranza non colpevole. Per ignoranza incolpevole si intende una non-conoscenza che non è dovuta a una colpa da parte di colui che agisce. Solo l'ignoranza non colpevole scusa colui che compie un'azione ingiusta. L'azione resta ingiusta, ma colui che la compie non è colpevole di ciò che fa. L'ignoranza colpevole, al contrario, comporta una responsabilità da parte di colui che ignora. Se compio un'azione

ingiusta per ignoranza colpevole, l'azione è anche moralmente cattiva. Tale ignoranza può avere due cause.

Può derivare da cattive abitudini, ossia da un comportamento ripetuto e costante, contrario a un obbligo o a un divieto. La persona che si abitua a truffare il prossimo o a mentire, per esempio, a lungo termine non percepisce più il dovere morale di agire onestamente o di essere sincera. Il medico che abitualmente prescrive medicine non necessarie, per incassare una percentuale dalle case farmaceutiche, a un certo punto non proverà alcun rimorso per quello che fa. E il rimorso è uno dei mezzi attraverso i quali percepiamo i doveri morali, anche se solo dopo averli infranti. Poiché la mancanza di rimorso di questo medico è frutto delle attitudini negative acquisite col suo comportamento, egli è colpevole della sua ignoranza e non può essere scusato per la trasgressione del divieto. Una seconda causa dell'ignoranza colpevole è la negligenza. Se un medico trascurava di leggere la cartella clinica di un paziente e gli somministra un farmaco cui il paziente è allergico, non può difendersi dall'accusa di omicidio affermando che non sapeva che il paziente era allergico al farmaco. La sua ignoranza è causata da trascuratezza colpevole da parte sua. Ha qui la sua fonte il dovere grave che in ogni professione si dà, di mantenersi aggiornati e di colmare le lacune che si hanno nelle conoscenze richieste dal proprio lavoro.

Esso è per esempio espresso nel Codice di Deontologia Medica negli art. 13, 19 e 21. L'articolo 13, per esempio afferma:

Art. 13 – [...] Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle reazioni individuali prevedibili, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati o alle evidenze metodologicamente fondate.

Prima di concludere la riflessione sull'ignoranza, torniamo alla questione dell'ignoranza incolpevole del giovane kamikaze introdotta in precedenza. Un problema cruciale posto da casi come questo è se esistono dei limiti oltre i quali non si può affermare che uno è innocens, sed nocens, ossia se ci sono degli obblighi o dei

divieti che non possono essere ignorati senza colpa da nessun essere umano, perché sono assolutamente evidenti e accessibili all'uomo in quanto tale, nonostante le diversità sociali, culturali, etniche, ecc.

A volte individuare i doveri morali contenuti nelle azioni implica una riflessione assai impegnativa. Imparare a portare a termine questo percorso è parte dell'educazione morale che ogni uomo è chiamato ad avere. Altre volte, l'applicazione dei principi nei casi particolari richiede un'esperienza e una sensibilità che molte persone non possiedono. Ciononostante, ci sono delle azioni così gravi – come l'omicidio, la tortura, lo stupro –, che chiunque dovrebbe percepirne la malizia, non appena intende il significato delle parole che li esprimono, indipendentemente dalla sua educazione, cultura, ed ormazione personale. La storia mostra che nelle diverse epoche si sono dati molti esempi di ignoranza di principi morali che a noi oggi sembrano assolutamente evidenti, come il dovere di trattare ogni uomo con rispetto, negato perfino da intere nazioni, con pratiche quali la schiavitù, la deportazione, il genocidio, l'infanticidio, ecc. Se in generale si può allora affermare che per quanto riguarda i beni fondamentali non si può scusare l'ignoranza, stabilire se una determinata persona nell'agire ingiustamente ha ignorato il dovere per sua colpa o no è una valutazione assolutamente individuale. In ultima analisi, si dovrebbe poter entrare nella sua coscienza, cosa impossibile se non è lei stessa a permetterlo, per esempio confessando le proprie intenzioni. Nello stesso tempo, è difficile credere che quando la violazione di qualche dovere morale fondamentale ha assunto dimensioni sociali così rilevanti da coinvolgere masse di persone, tutti coloro che ne erano responsabili agissero accecati da ignoranza non colpevole. È questa una delle ragioni che ha giustificato i processi di Norimberga dopo la seconda guerra mondiale e ancora oggi giustifica le condanne per la violazione dei diritti umani perpetrata da uomini di governo e militari: anche nel caso in cui hanno agito seguendo le leggi del proprio stato o esercitando la propria legittima autorità, costoro possono essere accusati di delitti contro l'umanità e sottoposti a

processo perché non potevano ignorare senza colpa che ciò che facevano era ingiusto.

Vale comunque la pena di ricordare qui che per quanto riguarda l'ignoranza dei principi etici fondamentali legati alla sua professione, il medico non può rifugiarsi dietro alla motivazione dell'ignoranza incolpevole.

Il medico è tenuto a conoscere gli obblighi morali legati alla sua professione e ha i mezzi per farlo. Questo è chiaramente espresso nell'articolo 1 del Codice di deontologia medica, laddove si dice che l'ignoranza del Codice e dei suoi allegati non esime il medico dalla responsabilità disciplinare.

4. Osservazioni conclusive sulla bontà morale delle azioni

Ovviamente non tutte le azioni sono moralmente positive o negative. Così come, accanto alle azioni giuste e quelle ingiuste, si danno anche azioni irrilevanti dal punto di vista del dovere morale, quindi semplicemente lecite, permesse, anche accanto alle azioni buone o cattive esistono azioni che sono neutrali dal punto di vista morale. Generalmente le azioni moralmente irrilevanti, perché non soggette ad alcun dovere morale, sono anche moralmente neutrali. Scegliere il modello di un paio di scarpe o decidere di prepararsi un caffè normalmente sono azioni che non rendono colui che agisce né degno di lode né di biasimo. Può però accadere che assumano una connotazione morale se sono un fine relativo per raggiungere un fine ulteriore, che è moralmente rilevante. Fare domande a un convegno scientifico è generalmente un'azione lecita. Ma se decido di fare domande a un relatore che so molto timido, appositamente per metterlo in difficoltà, la mia motivazione rende l'azione moralmente cattiva. Così, portare il camice allacciato e stirato non è un'azione soggetta a dovere morale. Se però curo questo dettaglio per rispetto dei miei pazienti, può diventare un'azione moralmente buona, seppure di entità modesta. Questi esempi

mostrano come la distinzione tra fine dell'agente e fine dell'azione, da una parte, e quella tra fine in sé e fine relativo, dall'altra, entrino nella valutazione morale dell'azione.

Quanto alla distinzione tra fine dell'azione e fine dell'agente, dunque tra oggetto dell'azione e motivazione, si deve osservare quanto segue. Se tra i due tipi di fini non c'è discrepanza, quanto detto sulla valutazione della bontà o cattiveria morale è sufficiente. Se invece colui che agisce ha una motivazione diversa rispetto a quella che scaturisce dalla natura dell'azione, la valutazione morale dell'azione può cambiare. Ciò in genere accade quando l'intenzione di colui che agisce è utilizzare l'azione come mezzo per raggiungere un altro scopo.

Se un'azione giusta o anche solamente lecita è utilizzata come mezzo per raggiungere uno scopo ingiusto, l'azione è cattiva, perché il fine dell'agente rende cattiva l'intenzione con cui l'azione è compiuta.

Se un'azione moralmente neutrale è compiuta come mezzo per ottenere un fine giusto, oppure è compiuta con motivazione alterocentrica, l'azione è moralmente buona. Così, (fatto salvo il dovere di riservatezza) raccontare i propri casi clinici più difficili è un'azione lecita, e può essere anche buona se è compiuta con l'intenzione di mettere la propria competenza a disposizione di qualche collega più giovane; ma se un medico racconta i propri successi per mettere in cattiva luce altri colleghi e farli risultare inadatti al ruolo che ricoprono, per ottenerne un avanzamento di carriera al posto loro, l'azione è moralmente cattiva.

Ecco perché le azioni lecite, che in genere sono anche moralmente neutrali, possono diventare buone o cattive, così come un'azione buona può diventare cattiva: l'intenzione di colui che agisce può cambiarne la connotazione morale. Si dà anche qui un'asimmetria tra azioni buone e cattive, perché una buona intenzione non rende buona un'azione ingiusta, mentre un'azione giusta può diventare cattiva se l'intenzione è lo è.

Si è già accennato al caso delle azioni ingiuste, utilizzate per ottenere un fine giusto, in relazione al caso delle azioni che causano un male per prevenire un altro male e alla questione se il fine giustifica i mezzi. Anche se il dilemma morale che spesso si pone in questi casi può essere lacerante, e l'uomo di fatto può scegliere di compiere il male per ottenere un bene maggiore, la relazione tra i vari elementi dell'azione impedisce di affermare che l'intenzione buona annulla l'ingiustizia dell'azione usata per ottenerlo.

In sintesi, l'oggetto e l'intenzione sono i due elementi che determinano la bontà o la cattiveria di un'azione. Se uno dei due è cattivo, l'azione è cattiva, mentre per essere buona, l'azione deve esserlo sia quanto all'oggetto, sia quanto all'intenzione. Soprattutto, non è mai possibile considerare come buone azioni gravemente ingiuste, per il solo fatto di essere compiute con una motivazione alterocentrica. Così spiega questo Vendemiati, un'azione che nella sua struttura oggettiva contrasta con un bene umano fondamentale non può mai diventare buona: nessun movente e nessuna circostanza varrà mai a giustificarla. Scegliere un comportamento del genere è sempre male. Uccidere, rubare, tradire, mentire, sono soltanto alcuni esempi di atti intrinsecamente cattivi che, non rispettando la persona umana nella sua natura costitutiva, non possono in alcun modo diventare buoni

5. Conclusioni

C'è dello spirito, c'è dell'anima, nell'operosità di un medico perché le mani accolgono il dolore altrui, perché le mani toccano la sofferenza altrui, perché le mani accarezzano, anche, la morte altrui. Ci sono pazienti che sono persone, sono uomini, sono anime e non possono e non potranno mai essere semplici numeri. Ci sono occhi che guardano con speranza, ci sono occhi che guardano con abbattimento, ci sono occhi che guardano e sono lacrime. La prontezza di un medico dovrebbe essere pari alla necessità di un paziente: sono istanti in cui si stringono delle mani, ci si guarda, e si scopre quel patimento fisico che dovrebbe divenire condivisione.

Medico e paziente dovrebbero diventare un tutt'uno: i dolori dell'uno sono le preoccupazioni dell'altro, la sofferenza dell'uno è la premura dell'altro, i timori dell'uno sono le ansie dell'altro. Il paziente dovrebbe custodire in sé la forza del medico e il medico dovrebbe custodire in sé gli occhi del paziente. Sono istanti in cui i cuori battono all'unisono per la vita. Ci sono neonati e si attende che emettano il primo grido perché respirino l'esistenza. Ci sono bambini e si cerca di interpretarne i sintomi attraverso un sorriso e una trovata goliardica. Ci sono adolescenti e si cerca di capirne il problema tra singhiozzi d'insicurezza e sussulti d'impulsività adulta. Ci sono adulti, anziani, vecchi che guardano, recando con sé il ricordo di una vita e stringono i pugni nella consapevolezza delle parole. Ci sono mamme e papà che vorrebbero continuare ad abbracciare i figli, ci sono nonni che vorrebbero continuare a stringere i nipoti, ci sono figli che vorrebbero, ancora, dare la buonanotte ai genitori. L'aspetto più notevole dell'etica ippocratica è lo stretto legame tra metodo razionale e orientamento morale. Oggi, i principi dell'antica Grecia continuano a essere evocati, fosse anche per ricordare che essa non è più in grado di rispondere con le sue norme alle complesse questioni della medicina contemporanea, rivoluzionata dalla tecnica e dai nuovi orizzonti da essa disegnati. In tal caso si può dire che la crisi di una tradizione ne prova la sua grandezza, perché di essa è rimasta la magnifica morale. Sono quei fondamenti etici che si è scelto di perseguire, senza farli diluire dalle mode, dalle circostanze socio-politiche, dal relativismo morale, dal proprio umore personale.

- *Numquam Retrorsum* mai indietreggiare!
- *Causa causae est causa causati*: la causa della causa è la causa di ciò che è stato causato.
- *Contra principia negantem non est disputandum*: non ci si può confrontare con chi nega i principi della discussione
- con meno pregiudizi possibili, perché come disse Einstein: la mente è come un paracadute, funzione solo se si apre.

- Sto imparando che i libri di studio sono un'astrazione, per quanto accurata, di quello che può essere una persona. Che ogni persona è un libro da leggere, più o meno interessante, a volte appassionante.
- Penso che la preparazione professionale senza la capacità empatica è un carro dorato senza cavalli.
- Ho capito che non esistono soluzioni facili e immediate ai problemi, spesso si devono intraprendere percorsi lunghi e incerti, avendo la mente libera da schemi rigidi e aperta a ogni tipo di soluzione, a volte anche solo per dire a se stessi: ci ho provato. . Ho imparato che a volte cercare di lenire il dolore, psichico o fisico che sia, è un punto di partenza fondamentale nella cura di una persona.

6. Bibliografia

ANGELETTI, L.R.; GAZZANIGA, V. *Storia, filosofia ed etica generale della medicina*, Elsevier Masson, Milano, 2008.

Índice del Volumen LXXV

Fascículo 246

ARTÍCULOS

ADAM SOŁOMIEWICZ, <i>El intelecto agente aristotélico como “intelecto personal” según Leonardo Polo</i>	7
HUGO JOSÉ FRANCISCO VELÁZQUEZ, <i>Breve reseña sobre la verdad en el pragmatismo de Charles S. Peirce y William James</i>	29
JACOB BUGANZA, <i>La ética de Apuleyo</i>	49
TANIA SCIAGURA y RAMIRO DÉLIO BORGES DE MENESES, <i>Primum non nocere: riflessione morale sulla relazione tra medicina ed ética</i>	75

DOSSIER

CECILIA AVENATTI DE PALUMBO, SILVIA J. CAMPANA Y MARÍA ESTHER ORTIZ, <i>La hospitalidad: encuentro y desafío</i>	107
--	-----

ROSTRO, ALTERIDAD Y RECONOCIMIENTO

JAVIER IGNACIO HERNÁNDEZ TREJO SJ, <i>Tú, mi hermano. Tú mi enemigo. Caín y Abel a través del pensamiento de G. W. F. Hegel y Emmanuel Levinas</i>	111
SILVIA JULIA CAMPANA, <i>De la proximidad a la hospitalidad: hacia el rostro desnudo de la íntima vulnerabilidad</i>	137
MARISA MOSTO, <i>Hospitalidad y singularidad</i>	155

LA OBRA DE ARTE Y LA RECIPROCIDAD HOSPITALARIA

MATEO BELGRANO, <i>Extranjeros en el museo. Una reflexión sobre la recepción de la obra de arte</i>	177
CRISTINA LEONOR ARRANZ, <i>La apertura de Goethe al arte clásico: una interpretación estética de la hospitalidad</i>	189

HISTORIA, SOCIEDAD Y HOSPITALIDAD

TERESA M. DRIOLLET DE VEDOYA, <i>Del individualismo antropotécnico hacia la hospitalidad</i>	203
CAROLINA RIVA POSSE, <i>Logos, hospitalidad y democracia. Volver al origen de Europa de la mano de Augusto Del Noce y San Benito</i>	217

NOMBRE, ESPERANZA Y DONACIÓN

EZEQUIEL D. MURGA, <i>Hospedar el fenómeno. Hacia una ética de la fenomenalidad en Jean-Luc Marion</i>	229
--	-----